

Wprowadzenie sieci szpitali z punktu widzenia polityki publicznej

Byszewski, Grzegorz

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Byszewski, G. (2018). Wprowadzenie sieci szpitali z punktu widzenia polityki publicznej. *Studia z Polityki Publicznej / Public Policy Studies*, 5(2), 25-36. <https://doi.org/10.33119/KSzPP.2018.2.2>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more Information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Wprowadzenie sieci szpitali z punktu widzenia polityki publicznej

Streszczenie

Autor poddaje analizie działania władzy publicznej w świetle zasad wynikających z teorii polityki publicznej w jednym z najważniejszych obszarów funkcjonowania państwa – w systemie ochrony zdrowia. Analiza dotyczy rozwiązania wprowadzającego system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieć szpitali). Zmiana ta weszła w życie w wyniku uchwalenia ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zdaniem autora upowszechnienie nauk o polityce publicznej i praktyczne zaimplementowanie teorii polityki publicznej mogłoby istotnie wpłynąć na podniesienie jakości stanowionego prawa.

Wprowadzenie sieci szpitali jest zmianą systemu realizującą cele, które nie zostały bezpośrednio wyartykułowane w OSR i uzasadnieniu do projektu ustawy. Prawdziwym zadaniem ww. zmian jest ograniczenie konkurencji w ochronie zdrowia i preferowanie państwowej struktury właścicielskiej – poprzez ograniczenie konkurencji między podmiotami leczniczymi. Autor nie neguje w żadnej mierze zasadności wprowadzenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej PSZ), a jedynie brak upublicznienia wystarczającego argumentarium przemawiającego za jego wprowadzeniem (w tym analizy *ex ante*, w której zidentyfikowane potrzeby interwencji legislacyjnej byłyby zestawione z propozycjami rozwiązań i środkami, za pomocą których mają zostać osiągnięte).

Słowa kluczowe: polityka publiczna, polityka zdrowia, legislacja, proces decyzyjny

Implementation of the Network of Hospitals from the Viewpoint of Public Policy

Abstract

The network of hospitals was implemented by an amendment of healthcare services financed from public funds. The act was introduced on 1st October 2017. The goals

of the new organization of healthcare were not written directly in the law or in the justification of the draft bill. It is supposed that the Ministry of Health planned through these changes to strengthen public hospitals and limit competition of public financing for private hospitals. The aim of the article is to stress the role of public policy in programming law changes in the future. The implementation of the science of public policy could improve the quality of the Polish law in the healthcare system.

Keywords: public policy, health policy, legislation, decision-making process

Polityka publiczna to relatywnie młoda dziedzina nauki zajmująca się opisywaniem sposobu postępowania władz publicznych w celu rozwiązywania problemów o zbiorowym znaczeniu (Zawicki, 2014). Równocześnie jest to nauka, która obejmuje swoim zakresem z roku na rok coraz więcej zagadnień. Państwo angażuje się bowiem w coraz więcej problemów społecznych (np. zagadnienia związane ze zdrową żywnością, smogiem itp.). Wśród podstawowych narzędzi używanych w realizacji polityki publicznej wymienia się narzędzia regulacyjne, prawne i finansowe, a więc to, co leży w gestii władz publicznych w zakresie władzy ustawodawczej, wykonawczej, sądowniczej, ale także polityki ekonomicznej i innych instrumentów finansowych.

Polityka publiczna to nauka, która w nowożytnym świecie w obecnym kształcie zaczęła się rozwijać w Ameryce Północnej w połowie XX wieku. W literaturze podkreśla się rolę H.D. Lasswella w uformowanie się tej dyscypliny wiedzy. Uważał on, że polityka publiczna to „najważniejsze wybory dokonywane w sferze zorganizowanej lub życiu prywatnym” (Zawicki, 2014: 18). Inne definicje polityki publicznej określają ją jako:

- „względnie stabilne, celowe działanie lub jego brak, podejmowane przez aktora lub grupy aktorów w odpowiedzi na problem czy też przedmiot troski” – J. Anderson,
- „cokolwiek, co się władze decydują robić lub nie” – T. Dye
- „ciąg działań – albo czasami brak działań – które wywierają wpływ na życie obywateli” – B. Guy Peters,
- „to, co funkcjonariusze publiczni w rządzie i obywatele, których oni reprezentują, postanawiają robić albo nie robić w zakresie problemów publicznych” – M.E. Kraft i S.R. Furlog (Zawicki, 2014; Zybała, 2012).

Porównanie powyższych definicji powstałych na przestrzeni lat wskazuje, że polityka publiczna jest nierozzerwalnie związana z władzą, z jej działaniem (brak działań należy także rozumieć jako celowe działanie) ukierunkowanym na osiągnięcie określonych celów. Ponadto wśród jej cech charakterystycznych wymienia się:

- łączenie aktywności akademików, decydentów rządowych i obywateli (Zawicki, 2014).

- podejście wielodyscyplinarne,
- skoncentrowanie na problemach, które są podejmowane w określonych kontekstach sytuacyjnych,
- orientacja normatywna (Ibidem: 24).

H.D. Lasswell zaproponował, aby nauki o polityce publicznej zajmowały się badaniem istoty przyczyn i skutków alternatywnych polityk publicznych (Uścińska, Samoraj-Charitonow i Kolek, 2016: 44).

W Polsce polityka publiczna znalazła się w kanonie nauk dopiero w drugiej dekadzie XXI w. Za pioniera i jednocześnie *spiritus movens* jej powstania uznaje się J. Woźnickiego¹. To dzięki jego staraniom polityka publiczna została włączona do katalogu nauk społecznych. Pierwsze publikacje omawiające kwestię polityki publicznej zaczęły się pojawiać w Polsce w 2012 r., a wśród nich pionierską jest *Polityki publiczne. Doświadczenia w tworzeniu i wykonywaniu programów publicznych w Polsce i w innych krajach. Jak działa państwo, gdy zamierza/chce/musi rozwiązać problemy zbiorowe obywateli* A. Zybały.

Artykuł powołuje się na koncepcję studiów heurystycznych, która zakłada, że polityka publiczna składa się z liniowo pojmowanych etapów chronologicznie występujących w kolejności:

- dostrzeżenie (identyfikacja) problemu,
- określenie możliwych rozwiązań danego problemu,
- implementacja najodpowiedniejszego rozwiązania,
- ewaluacja wpływu rozwiązań na zidentyfikowany problem.

Według tej popularnej koncepcji proces tworzenia polityki publicznej ma charakter cyrkulacyjny, a zakończenie jednego etapu determinuje podjęcie decyzji o rozpoczęciu kolejnego. W ocenie autora tę koncepcję można także uznać za wzorcowy model przeprowadzania zmian w politykach sektorowych, lecz w praktyce w Polsce jest on rzadko stosowany. Dowodem na to może być strona Rządowego Centrum Legislacji, według której od momentu powstania portalu, od lutego 2011 r., na 954 projekty ustaw znalazło się jedynie 214 założeń do projektów ustaw (można je traktować jako dokument spełniający kryteria dostrzeżenia problemu i przedstawienia wariantów jego rozwiązania) oraz zaledwie w 10 przypadkach po uchwaleniu ustaw przeprowadzono analizę *ex-post* (www.rcl.gov.pl, dostęp 16.02.2018) (forma ewaluacji przyjętych rozwiązań i sprawdzenia realizacji konkretnego celu). Z tego wynika, że podmioty mające inicjatywę legislacyjną w Polsce przywiązują małą wagę do gruntownej analizy problemu i możliwych wariantów jego rozwiązania, a także do ewaluacji wprowadzonych rozwiązań i ich udoskonalania. Brak tych elementów

¹ Wydział Elektroniki i Technik Informatycznych Politechniki Warszawskiej.

wpływa negatywnie na jakość stanowionego prawa, a także może zwiększać liczbę nowelizacji ustaw.

Należy zwrócić także uwagę na charakterystykę Oceny Skutków Regulacji (dalej OSR), która wymagana jest dla każdego projektu. Obowiązek przygotowania OSR wynika z treści Regulaminu Rady Ministrów (Uchwała nr 190) oraz dokumentów o charakterze wytycznych przyjętych przez Radę Ministrów (Ibidem). W OSR zawiera się następujące kwestie:

1. Jaki problem jest rozwiązywany?
2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt.
3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?
4. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji.
5. Wpływ na sektor finansów publicznych.
6. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.
7. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu.
8. Wpływ na rynek pracy.
9. Wpływ na pozostałe obszary.
10. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego.
11. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Z doświadczenia autora opartego na analizie kilkudziesięciu OSR wynika, że rzetelnie projektodawcy przeprowadzają analizę pkt 1, 2, 4, 5, 7. Niestety wiele kluczowych dla jakości stanowionego prawa punktów w OSR jest albo poddane zbyt powierzchownej analizie, albo jest pomijane. Zasadniczym problemem jest również to, że autorzy nowych projektów aktów prawnych często nie wymieniają *expressis verbis* celu danej regulacji oraz nie określają tego, jak ma ona poprawić istniejącą rzeczywistość. Może to oznaczać, że zmiany prawa nie są przygotowywane po to, aby poprawić rzeczywistość, ale tylko po to, aby ją zmienić (bez szczególnego kierunku tych zmian). Nie przeszkadza to projektodawcom nazywać przygotowywanych projektów aktów prawnych reformami – tymczasem, zgodnie z definicją tego słowa zawartą w Słowniku Języka Polskiego PWN „reforma” to „zmiana lub szereg zmian w jakiejś dziedzinie życia, w strukturze organizacji lub sposobie funkcjonowania jakiegoś systemu, mająca na celu ulepszenie istniejącego stanu rzeczy” (www.sjp.pwn.pl, dostęp 16.02.2018). Istnieje więc ogromna różnica między znaczeniem słowa „zmiana” i reforma”. O ile zmiana nie musi mieć celu, to reforma oznacza ulepszenie

istniejącego stanu rzeczy. W związku z brakiem określania celów wielu projektów aktów prawnych nie jest uprawnione nazywanie ich reformami, a jedynie zmianami.

Pomijanie kwestii celów reform ma bezpośredni wpływ na jakość stanowionego prawa, może skutkować brakiem rozumienia go przez odbiorców, ale także uniemożliwiać jego skuteczną implementację. Autor niniejszej publikacji od blisko 10 lat analizuje tworzone w Polsce prawo w obszarze ochrony zdrowia, a zebrane doświadczenie wskazuje, iż nie każda regulacja przeszła weryfikację celowościową zgodnie z teorią polityki publicznej.

Brak celowościowego podejścia do przygotowywania projektów aktów prawnych może także skutkować nadmierną aktywnością legislacyjną. Według raportu Barometr Prawa przygotowanego przez Grant Thornton w 2017 r. zostało uchwalonych 27 118 stron prawa, co i tak jest liczbą mniejszą w stosunku do roku 2016, kiedy liczba stron nowych ustaw wyniosła ponad 31 tys. (www.barometrprawa.pl, dostęp 16.02.2018).

Koncepcja sieci szpitali

W obszarze polityki publicznej politykę zdrowotną definiuje się jako całokształt działań podejmowanych przez władze publiczne w zakresie zdrowia populacji (Zawicki, 2014: 200), zaś WHO określa ją jako „całości decyzji, planów i działań podejmowanych w celu osiągnięcia określonych celów zdrowotnych społeczeństwa”.

System ochrony zdrowia to bardzo specyficzny obszar funkcjonowania państwa i jednocześnie jedno z najtrudniejszych wyzwań regulacyjnych i organizacyjnych dla decydentów. Trudność ta wynika z konieczności maksymalizacji efektu osiągnięcia stanu zdrowia przez obywateli przy jednoczesnej próbie minimalizacji kosztów ponoszonych z tego tytułu (ze względu na ograniczone zasoby występujące w każdym państwie). Według danych GUS (*Zdrowie i ochrona...*) w 2015 r. na ochronę zdrowia państwo i społeczeństwo polskie w sumie wydały prawie 115 mld PLN (6 proc. PKB). Kwota wydatków będzie dynamicznie rosła w związku z uchwaleniem ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – dojście do 6 proc. PKB wydatków wyłącznie publicznych na zdrowie w 2025 r.

Ochrona zdrowia charakteryzuje się także niezwykle dużą asymetrią wiedzy stron oraz wielością uczestników systemu (pacjenta, płatnika, administratora/regulatora), co utrudnia pełną kontrolę efektywności systemu (Włodarczyk, 2014: 24).

Choroba lub czasowy brak zdrowia dotyka wielokrotnie każdego obywatela w ciągu jego życia, w związku z czym korzysta on ze świadczeń oferowanych przez publiczny system ochrony zdrowia. Z tego powodu jest to obszar życia społecznego poddawany

nieustannej ocenie i weryfikacji. Istota sprawnego funkcjonowania ochrony zdrowia leży nie tylko w sondażowych deklaracjach obywateli (*Badanie opinii publicznej CBOS*, 2013)², ale także wraz z rosnącą świadomością społeczeństwa staje się coraz częściej kwestią polityczną. Dotychczasowe doświadczenie wskazuje, że dynamicznie rozwijająca się nauka, jaką jest polityka publiczna, nie została doceniona przez reformatorów systemu ochrony zdrowia w Polsce.

We wrześniu 2016 r. Ministerstwo Zdrowia skierowało do konsultacji społecznych projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Projekt wprowadzał przede wszystkim zmianę sposobu finansowania szpitali oraz zakładał utworzenie systemu podstawowego, szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Do tego systemu miały zostać zakwalifikowane podmioty lecznicze, które spełnią określone w ustawie przesłanki (posiadanie izby przyjęć i SOR oraz konkretnych oddziałów w zależności od kategorii kwalifikacji). Ponadto projekt ustawy zakładał częściowe odejście od dotychczasowego systemu finansowania świadczeń medycznych na zasadzie *fee for service* na rzecz finansowania ryczałtowego³.

Projekt od początku budził wiele kontrowersji. Świadczy o tym liczba zgłoszonych uwag (325 przez 83 organizacje). Należy zwrócić uwagę na fakt, że w trakcie konsultacji społecznych – trwających zgodnie z przepisami prawa 30 dni – projekt ewoluował, jednak przesłane uwagi miały bardzo ograniczony wpływ na wprowadzane zmiany. Z dokumentów opublikowanych w Rządowym Centrum Legislacji wynika, że ustawodawca uwzględnił 24 uwagi do tego projektu (co stanowi ok. 7 proc. wszystkich zgłoszonych uwag).

Projekt ustawy finalnie został przyjęty przez Radę Ministrów 21 lutego 2017 r., a dzień później znalazł się w Sejmie, by miesiąc później, tj. 23 marca 2017 r., zostać przyjęty przez Sejm RP, a następnie 30 marca 2017 r. uchwalony przez Senat. Ustawa została podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej 13 kwietnia 2017 r. i weszła w życie siedem dni po jej opublikowaniu w Dzienniku Ustaw. W praktyce tzw. sieć szpitali zaczęła funkcjonować od 1 października 2017 r.

Ustawa może istotnie wpłynąć na sposób funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Jej skutkiem może być pogłębienie nieefektywności w systemie szpitalnym w związku z wprowadzeniem ryczałtowego finansowania świadczeń medycznych,

² „Od 2005 roku hierarchia wartości cenionych przez Polaków pozostaje dość stabilna. Niezmiennie najważniejsze jest szczęście rodzinne, które wymienia aż 82 proc. ankietowanych. W drugiej kolejności Polacy cenią sobie zdrowie (74 proc. wskazań)”, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_111_13.PDF, dostęp 5.02.2018.

³ OSR projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (UD116).

utrwalenie publicznego charakteru sektora szpitalnego w Polsce w wyniku przyjęcia kryteriów kwalifikacji podmiotów leczniczych do sieci szpitali eliminujących co do zasady sektor prywatny, ale także dalsze utrzymanie wysokiej kosztochłonności całego systemu poprzez zwiększenie odsetka budżetu publicznego płatnika przeznaczanego na leczenie szpitalne. Należy zwrócić uwagę, że w tzw. sieci znalazły się wszystkie szpitale publiczne, co może oznaczać, iż władza tym samym rezygnuje z rzeczywistej reformy i akceptuje utrzymywanie zbyt dużej liczby łóżek szpitalnych (Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia. *Biuletyn statystyczny*). W Polsce mamy 6,6 łóżek na 1 000 mieszkańców, przy średniej unijnej – 4,4, co skutkuje ich niskim wykorzystaniem⁴. Na przestrzeni ostatnich 15 lat liczba łóżek praktycznie się nie zmieniła, mimo że skrócił się średni czas hospitalizacji, a postęp technologiczny umożliwia wykonywanie wielu procedur medycznych w trybie jednodniowym.

Ponadto utrzymano wysoki odsetek wydatków na leczenie szpitalne w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia. W 2011 r. wynosiły one 47 proc., a w 2018 r. 49 proc.⁵. Należy zwrócić uwagę także na przesunięcie środków z systemu Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej na rzecz systemu szpitalnego (tworzenie AOS przyszpitalnych, AOS w 2015 r. stanowił 8,2 proc. budżetu NFZ, w 2018 r. 5,7 proc. – na razie trudno ocenić, czy przyczyni się do poprawy dostępności do lekarzy specjalistów).

W trakcie debaty publicznej nad projektem ustawy często pojawiał się także argument o nieefektywności ryczałtowego systemu finansowania ochrony zdrowia. Wielu ekspertów i polityków porównywało nowo powstający system do tego, który obowiązywał w Polsce przed reformą z 1999 r. Należy podkreślić, że obydwa systemy finansowania mają swoje wady i zalety. System płatności *fee for service* „zachęca” podmioty lecznicze do utrzymywania długiej kolejki i generowania dodatkowych wizyt (w polskim systemie można założyć, że to zjawisko było marginalne ze względu na kolejkę wynikającą z ograniczeń finansowych publicznego płatnika). Płatność za usługi nie wspiera kompleksowego i skoordynowanego podejścia do leczenia pacjenta. Ryczałtowy system finansowania świadczeń medycznych co do zasady skutkuje ograniczeniem dostępności do leczenia, obniżeniem jakości świadczeń medycznych i preferowaniem kosztochłonnych metod leczenia. W ustawie o sieci szpitali przyjęto rozwiązanie pośrednie, gdyż wysokość przyznanego szpitalowi ryczałtu jest pochodną wartości wykonanych świadczeń medycznych w poprzednim okresie rozliczeniowym (wykonanie określa się poprzez zsumowanie wartości zrealizowanych świadczeń

⁴ Obecnie według biuletynu statystycznego Ministerstwa Zdrowia wykorzystanie łóżka wynosi 66 proc. i w ciągu ostatnich 10 lat spadło o ok. 4 proc., <https://www.csioz.gov.pl/statystyka/biuletyn-statystyczny/>, dostęp 17.02.2018.

⁵ Obliczenie własne na podstawie planów finansowych NFZ, www.nfz.gov.pl, dostęp 10 marca 2018.

medycznych wg wyceny określonej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – AOTMiT lub NFZ). Zdecydowano się także na wyłączenie części świadczeń medycznych z tego modelu finansowania – m.in. pakietu onkologicznego, wysokospecjalistycznych świadczeń diagnostycznych, a także procedur, do których są najdłuższe kolejki (np. zaćma, implanty ślimakowe). Szacuje się, że blisko 50 proc. środków publicznego płatnika nadal jest wypłacane w trybie *fee for service*. Ocena efektywności tego systemu będzie możliwa dopiero po co najmniej dwóch okresach rozliczeniowych, autor jednak nie znajduje w niej zachęt do zwiększenia kompleksowości leczenia pacjentów. Tymczasem, zdaniem projektodawców nowy system miał istotnie zwiększyć kompleksowość leczenia.

W ramach reformy zmianie uległ także sposób organizacji systemu nocnej i świątecznej opieki medycznej oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych. Ministerstwo Zdrowia uznało, że połączenie tych dwóch form opieki medycznej w jednym podmiocie spowoduje skrócenie kolejek do SOR. Dotychczasowe doświadczenia nie wskazują na to, że cel ten udało się osiągnąć. Wielość zmian wprowadzonych jednocześnie po relatywnie krótkich przygotowaniach, ale przede wszystkim bez przeprowadzenia programu pilotażowego, powoduje, że decydenci po 6 miesiącach funkcjonowania sieci szpitali zapowiadają wprowadzenie zmian do przyjętej ustawy. Wydaje się jednak, że potrzeba zmian wynika z doraźnych problemów, a nie kompleksowej analizy wprowadzonej regulacji prawnej.

Ocena zmian wynikających z utworzenia sieci szpitali wydaje się być neutralna dla pacjenta. Ograniczenie i tak niewielkiego udziału sektora prywatnego w budżecie NFZ nie powiodło się, gdyż decydenci nie zdecydowali się na ogłoszenie nowych konkursów na świadczenia medyczne. Przedłużanie trwających umów w zakresie AOS, jak i leczenia szpitalnego, oznaczać może, że decydenci obawiają się, iż planowane zmniejszenie liczby zawieranych umów, głównie z podmiotami prywatnymi, pogorszy dostępność leczenia.

Reforma a polityka publiczna

Rozwiązania przyjęte w ustawie z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wymagają analizy w zestawieniu z uzasadnieniem i OSR załączonymi do projektu ustawy. W niniejszym rozdziale rozwiązania te będą poddane analizie w odniesieniu do poszczególnych faz wymienianych w etapowym modelu polityki publicznej. To pozwoli ocenić, czy zmiana systemu ochrony zdrowia została przeprowadzona zgodnie z teorią polityki publicznej:

- dostrzeżenie (identyfikacja) problemu
 - na tym etapie projektodawca (władza) zauważa, że kluczowym problemem w systemie ochrony zdrowia jest nieograniczona konkurencja przy ubieganiu się o kontrakt z publicznym płatnikiem (NFZ) na świadczenie usług medycznych. Dlatego doszło do „rozmycia wyraźnie niegdyś wyodrębnionych poziomów opieki specjalistycznej. Utrudnia to świadome i racjonalne kształtowanie właściwego zabezpieczenia dostępu do specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie szpitalnym i ambulatoryjnym”⁶. Analiza Ministerstwa Zdrowia nie jest poparta żadnymi dowodami, obliczeniami czy też próbą pełnego i przekrojowego spojrzenia na istniejące problemy systemu ochrony zdrowia
- określenie możliwych rozwiązań danego problemu
 - autor przedmiotowej ustawy nie próbuje określić alternatywnej możliwości rozwiązania problemów, które zdiagnozował. Arbitralnie zakłada, że wprowadzenie tzw. sieci szpitali jest jedynym i najlepszym rozwiązaniem. W uzasadnieniu można zidentyfikować następujące zadania stojące przed nowymi rozwiązaniami:
 - zagwarantowanie odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń realizowanych w szpitalach jako warunek zapewnienia bezpieczeństwa funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej,
 - zagwarantowanie ciągłości i stabilności finansowania jednostkom istotnym z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych przy równoczesnym pozostawieniu możliwości dostępu do środków publicznych pozostałym jednostkom (ok. 85 proc. w stosunku do ok. 15 proc.),
 - poprawienie dostępu dla pacjentów do świadczeń specjalistycznych w szpitalach,
 - zoptymalizowanie liczby oddziałów specjalistycznych,
 - uelastycznienie zarządzania szpitalem oraz optymalizacja struktury kosztów leczenia,
 - koordynacja świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych.

Zdaniem autora do żadnego z założonych zadań nie zostało przyporządkowanie działania, które ma umożliwić jego realizację. Odpowiedzią na wszystkie te zagadnienia jest wprowadzenie tzw. sieci szpitali, przy czym jej praktyczne wdrożenie oraz dotychczasowe krótkie doświadczenia nie wskazują na możliwość ich realizacji. Przyjęte

⁶ Ocena Skutków regulacji załączona do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (UD 116 – numer w wykazie prac legislacyjnych), <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12290303/katalog/12380817#12380817>

rozwiązania nie zapewniły odpowiedniego finansowania świadczeń medycznych, gdyż one są pochodną wyceny procedur medycznych oraz budżetu NFZ – a te nie uległy zmianie w wyniku zmiany sposobu finansowania. Sieć szpitali nie zoptymalizowała także liczby oddziałów specjalistycznych, gdyż pod naciskiem protestów samorządów oraz lokalnych grup interesu do finalnego projektu ustawy wprowadzono założenie, że prawie wszystkie oddziały publicznych szpitali znajdą się w sieci lub zostaną zakontraktowane w trybie konkursowym. Ponadto umożliwiono łączenie oddziałów, dzięki czemu struktura większości szpitali sieciowych nie uległa zmianie. Ustawa miała za zadanie poprawić koordynację świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych. Jedynym rozwiązaniem zaproponowanym w tym zakresie było umiejscowienie AOS we wszystkich szpitalach. Dotychczasowa praktyka funkcjonowania dużych szpitali, w których proponowane rozwiązanie było od lat standardem, wskazuje, że do koordynacji niezbędne są systemy informatyczne kierujące pacjentem oraz motywacyjne wynagrodzenie dla AOS podejmującego się koordynacji leczenia szpitalnego. Trudno więc uznać, że proponowane rozwiązania cokolwiek zmienią w tym zakresie, jednak rzetelna ocena będzie możliwa. Sieć szpitali zagwarantowała relatywnie stabilne finansowanie wszystkim szpitalom publicznym, a nie tylko tym jednostkom, które są strategicznie ważne ze względu na zdrowie ludności. To jedna z największych wad przyjętego rozwiązania, która skutkuje nieefektywnym wykorzystaniem kadr medycznych oraz zwiększeniem kosztochłonności systemu. Po niespełna pół roku od utworzenia sieci szpitali trudno ocenić, czy wprowadzone finansowanie ryczałtowe uelastyczni zarządzanie szpitalem,

- implementacja najodpowiedniejszego rozwiązania
 - rząd przyjął jedno arbitralne rozwiązanie, które zostało zaimplementowane. Teoria zmian wskazuje, że przy dużych reformach, które mają wpływ na podmioty trzecie (pacjentów, osoby chore), najlepszym rozwiązaniem jest przeprowadzenie pilotażu. Rozwiązanie tego typu zostało do systemu ochrony zdrowia wprowadzone ustawą z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Jednocześnie od tego czasu było już w praktyce wielokrotnie wykorzystywane, czego przykładem jest ustawa o Podstawowej Opiece Zdrowotnej, pilotaż z zakresu e-recepty czy też środowiskowej opieki psychiatrycznej. To wskazuje, że pilotaż był także możliwy w przypadku sieci szpitali i nowej formuły finansowania podmiotów leczniczych, brak jego zastosowania być może świadczy o innych niż merytoryczne przesłankach do przeprowadzenia tych zmian,
- ewaluacja wpływu rozwiązań na zidentyfikowany problem
 - jest to punkt trudny do oceny na tym etapie wprowadzania zmian w systemie ochrony zdrowia. Przyjęta ustawa nie zobowiązuje Ministerstwa Zdrowia do

przedstawienia Sejmowi sprawozdania z funkcjonowania nowego prawa. Decydenci od czasu wejścia w życie ustawy o sieci szpitali deklarowali otwartość na korekty wprowadzonych rozwiązań, a po ok. 6 miesiącach podczas publicznych wystąpień na konferencjach deklarują, że zmiany są konieczne i wkrótce zostaną wprowadzone. Na tym etapie (brak projektów nowych rozwiązań) trudno jednoznacznie stwierdzić, czy zapowiedzi zmian są spowodowane przeprowadzeniem częściowej ewaluacji, czy zidentyfikowaniem błędów wymagających pilnej naprawy.

Przedstawiony powyżej sposób wprowadzenia zmiany w systemie zdrowia – w tym zarówno sposób pracy nad tą zmianą, jak i jej wprowadzenie – wydaje się daleki od idei polityki publicznej, ale także przyjętych przez rząd wytycznych z zakresu dobrych praktyk stanowienia prawa.

Jedną z największych wad przyjętego rozwiązania jest brak określonych i zoperacjonalizowanych celów, które mają zostać osiągnięte, wskazania instrumentów, które pozwolą do nich dojść, ale także przyjęcia wskaźników monitorujących. To skutkuje tym, że tę zmianę trudno nazwać reformą, a kluczowe kwestie polskiego systemu ochrony zdrowia nie zostały właściwie zaadresowane. W związku z tym mimo prawie dwóch lat pracy nad projektowaniem i wprowadzaniem zmian z punktu widzenia pacjenta prawie nic się nie zmieniło.

Powyższa analiza prowadzi do wniosków, że najbardziej oczekiwane jest celowościowe podejście do zmian w ochronie zdrowia wprowadzanych z uwzględnieniem teorii polityki publicznej. Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że zmiany przeprowadzane w ochronie zdrowia motywowane są innymi, zewnętrznymi bodźcami i nie są poprzedzane analizą zgodnie z teorią polityki publicznej.

Bibliografia

- Badanie opinii publicznej CBOS* (2013). BS/111/2013, Wartości i Normy, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_111_13.PDF
- Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia. *Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, <https://www.csioz.gov.pl/statystyka/biuletyn-statystyczny/>
- Ministerstwo Gospodarki (2013). *Lepsze regulacje 2015*. Uchwała nr 13/2013 Rady Ministrów z dnia 2 stycznia 2013.
- Uchwała nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. Regulamin pracy Rady Ministrów z późn. zm.

- Uścińska, G., Samoraj-Charitonow, B. i Kolek, A. (2016). *Metodologia badań nauk o polityce publicznej w obszarze zabezpieczenia społecznego*. Warszawa: Instytut Polityki Społecznej UW.
- Włodarczyk, W.C. (2014). *Współczesna polityka zdrowotna, Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Lex.
- www.barometrprawa.pl
- www.csioz.gov.pl
- www.nfz.gov.pl
- www.rcl.gov.pl
- www.sjp.pwn.pl
- Wytoczne do oceny skutków regulacji. Rządowe Centrum Legislacji, <https://www.rcl.gov.pl/sites/images/WytoczneOW.pdf>
- Zawicki, M. (red.) (2014). *Wprowadzenie do nauk o polityce publicznej*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r., www.stat.gov.pl
- Zybała, A. (2012). *Polityki Publiczne. Doświadczenia w tworzeniu i wykonywaniu programów publicznych w Polsce i w innych krajach. Jak działa państwo gdy zamierza/chce/musi/ rozwiązać zbiorowe problemy swoich obywateli?*. Warszawa: KSAP.